



Formulario de Inscripción/Cambio

LA LEY DE CALIFORNIA PROHÍBE TODA EXIGENCIA O USO DE PRUEBA DEL VIH POR PARTE DE PLANES DE SEGURO MÉDICO COMO CONDICIÓN PARA OBTENER COBERTURA MÉDICA.

INFORMACIÓN SOBRE EL PLAN

Plan de beneficios
Fecha de vigencia
No. de grupo
Clase
Subgrupo

INSCRIPCIÓN

Grupo nuevo Inscripción abierta
 Recién contratado — fecha de contratación: _____
 Recién satisface los requisitos — razón: _____
 COBRA — fecha de vigencia: _____

Instrucciones: Complete todo el formulario. Seleccione a un médico de atención primaria (PCP) para usted y para cada uno de los integrantes de su familia del Directorio de Proveedores (o en línea en westernhealth.com) escribiendo el nombre y el número de ID de él o ella en las áreas correspondientes a continuación. **Si no selecciona a un PCP, le asignarán uno. Los cuadros resaltados en amarillo son campos obligatorios y los tiene que completar.**

CAMBIO

Agregar dependiente*
 Agregar recién nacido/niño recién adoptado *
 Quitar a un dependiente — a partir del: _____
 Cambio de nombre
 Cambio de dirección
 Cambio de PCP (en vigor a partir del primer día del mes siguiente a la petición)
 * Fecha del acontecimiento que califica (si es fuera de la inscripción abierta): _____

Instrucciones: Complete solamente la primera sección de las casillas resaltadas en amarillo (incluido su nombre, no. de SS, sexo y fecha de nacimiento) y cualquier sección aplicable al cambio que está haciendo.

SECCIÓN I — INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Empleador		
Nombre del empleado: Nombre de pila	Apellido	Inicial
No. SS	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

Dirección física (requerida)	Ciudad	Estado	CP
Dirección postal	Ciudad	Estado	CP
Dirección de e-mail	Puesto de trabajo		
Teléfono particular ()	Teléfono trabajo ()	¿Ya es paciente del PCP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del PCP	Grupo médico	No. ID del PCP	
Identidad racial <input type="checkbox"/> Blanco/caucásico <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Islands del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra _____			
Identidad étnica <input type="checkbox"/> De origen hispano o latino <input type="checkbox"/> No de origen latino o hispano			
Idioma principal hablado <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____			
Idioma principal escrito <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____			

Enviar formulario por fax a:
916.568.0334

2349 Gateway Oaks Drive
Suite 100
Sacramento, CA 95833

916.563.2250 u
888.563.2250

Visite nuestro sitio web
para obtener más
información en:
westernhealth.com

SECCIÓN II — INFORMACIÓN SOBRE DEPENDIENTES

<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Borrar	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica	No. SS
Nombre: Nombre de pila	Apellido	Inicial
Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Nombre del PCP
¿Ya es paciente del PCP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Grupo médico	No. ID del PCP
Identidad racial <input type="checkbox"/> Blanco/caucásico <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Islands del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra _____		
Identidad étnica <input type="checkbox"/> De origen hispano o latino <input type="checkbox"/> No de origen latino o hispano		
Idioma principal hablado <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____		
Idioma principal escrito <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____		

<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Borrar	<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo mayor de 19 años de edad	No. SS
<input type="checkbox"/> Discapacitado (debe cumplir los criterios y facilitar comprobante de discapacidad)		Relación
Nombre: Nombre de pila	Apellido	Inicial
Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Nombre del PCP
¿Ya es paciente del PCP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Grupo médico	No. ID del PCP
Identidad racial <input type="checkbox"/> Blanco/caucásico <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Islands del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra _____		
Identidad étnica <input type="checkbox"/> De origen hispano o latino <input type="checkbox"/> No de origen latino o hispano		
Idioma principal hablado <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____		
Idioma principal escrito <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____		



Formulario de Inscripción/Cambio

Nombre del empleado

Enviar formulario por fax a:
916.568.0334

2349 Gateway Oaks Drive
Suite 100
Sacramento, CA 95833

916.563.2250 u
888.563.2250

Visite nuestro sitio web
para obtener más
información en:
westernhealth.com

<input type="checkbox"/> Añadir <input type="checkbox"/> Borrar	<input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo mayor de 19 años de edad	No. SS	
	<input type="checkbox"/> Discapacitado (debe cumplir los criterios y facilitar comprobante de discapacidad)	Relación	
Nombre: Nombre de pila		Apellido	Inicial
Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Nombre del PCP	
¿Ya es paciente del PCP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Grupo médico	No. ID del PCP	
Identidad racial <input type="checkbox"/> Blanco/caucásico <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Islands del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra _____			
Identidad étnica <input type="checkbox"/> De origen hispano o latino <input type="checkbox"/> No de origen latino o hispano			
Idioma principal hablado <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____			
Idioma principal escrito <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____			

Use formularios adicionales si es necesario para proporcionar la información de todos los dependientes.

SECCIÓN III — OTROS DATOS SOBRE SEGURO MÉDICO

¿Alguno de los miembros nombrado en la Sección II satisface los requisitos para Medicare? Si la respuesta es sí, tiene que completar esta sección.

Nombre(s) del/de los asegurado(s)	Número de reclamo del seguro médico de Medicare (HIC#)
Marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Edad 65+ <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> ESRD (Insuficiencia Renal Terminal)	

Nombre(s) del/de los asegurado(s)	Número de reclamo del seguro médico de Medicare (HIC#)
Marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Edad 65+ <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> ESRD (Insuficiencia Renal Terminal)	

¿Alguno de los miembros nombrados en la Sección II tiene otro seguro médico? Si la respuesta es sí, complete esta sección.

Nombre(s) del/de los asegurado(s)	Compañía de seguros		<input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria
Titular de la cobertura	Número de póliza	Fecha de vigencia	

Nombre(s) del/de los asegurado(s)	Compañía de seguros		<input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria
Titular de la cobertura	Número de póliza	Fecha de vigencia	

SECCIÓN IV — FIRMA OBLIGATORIA

Al firmar abajo declaro haber leído y entendido, y estar de acuerdo con los términos y acuerdo de arbitraje dispuestos a continuación. Cualquier reproducción de este formulario tendrá la validez del original.

- En mi nombre y en nombre de mis Dependientes calificados, por medio del presente solicito cobertura de los servicios de atención médica ofrecidos por Western Health Advantage (WHA) por medio de mi Empleador y convengo en ceñirme al Group Service Agreement de WHA, la Constancia de Cobertura y Formulario de Divulgación y este Formulario de Inscripción/Cambio.
- ACUERDO DE ARBITRAJE: ACEPTO Y ENTIENDO QUE TODAS LAS DISPUTAS ENTRE MI (INCLUIDOS MIS HEREDEROS O ASIGNADOS) Y WESTERN HEALTH ADVANTAGE, INCLUIDAS LAS DEMANDAS DE NEGLIGENCIA MÉDICA (ES DECIR EN CUANTO A QUE ALGÚN SERVICIO MÉDICO PRESTADO EN VIRTUD DEL PLAN HAYA SIDO INNECESARIO O NO AUTORIZADO O PRESTADO DE MANERA INAPROPIADA, NEGLIGENTE O INCOMPETENTEMENTE) SALVO LOS CASOS DE DEMANDAS POR CANTIDADES PEQUEÑAS Y LAS DEMANDAS SUJETAS A ERISA, SERÁN DETERMINADAS POR MEDIO DE ARBITRAJE VINCULANTE. NINGUNA DISPUTA DE ESA CLASE SE RESOLVERÁ POR MEDIO DE JUICIO NI SE RECURRIRÁ AL PROCESO DE LOS TRIBUNALES, SALVO LO DISPUESTO POR LAS LEYES DE CALIFORNIA EN CUANTO A RECONSIDERACIÓN JUDICIAL DE PROCESO DE ARBITRAJE. LAS PARTES, INCLUIDOS HEREDEROS O ASIGNADOS, DE ESTE ACUERDO DE ARBITRAJE RENUNCIAN A SU DERECHO CONSTITUCIONAL DE QUE DICHA DISPUTA SEA DECIDIDA EN UN TRIBUNAL ANTE UN JURADO Y EN SU LUGAR ACEPTAN EL USO DE ARBITRAJE VINCULANTE.**

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

A mi mejor saber y entender la información contenida en el presente es fiel y exacta. Por medio del presente declaro que los empleados y dependientes presentados ante WHA para cobertura satisfacen todos los requisitos de elegibilidad dispuestos en el Group Service Agreement entre WHA y el grupo del empleador.

Firma del empleador: _____ Fecha: _____